



Chemsex blant menn – en spørreundersøkelse

ORIGINALARTIKKEL

ÅSE HAUGSTVEDT

E-post: aahaugs@online.no

Olafiaklinikken

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med idé, utforming/design, datainnsamling, databearbeiding, tolkning av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av selve manuset og godkjenning av innsendte manusversjon.

Åse Haugstvedt er spesialist i hud- og veneriske sykdommer og overlege ved Olafiaklinikken og Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførbare infeksjoner.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt reisestipend fra Novartis.

EIRIK AMUNDSEN

Universitetet i Oslo

Han har bidratt med datainnsamling, databearbeiding, analyse og tolkning av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av selve manuset og godkjenning av innsendte manusversjon.

Eirik Amundsen er medisinstudent og har arbeidet ved Olafiaklinikken.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

RIGMOR C. BERG

Universitetet i Tromsø

og

Folkehelseinstituttet

Hun har bidratt med utforming/design av spørreskjemaet, analyse og tolkning av data, utarbeiding/revisjon av selve manuset og godkjenning av innsendte manusversjon.

Rigmor C. Berg er professor II ved Universitetet i Tromsø og avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Formålet med undersøkelsen var å kartlegge forekomsten av rusmiddelbruk under sex (chemsex) blant et utvalg av mannlige pasienter ved Olafiaklinikken i Oslo, en poliklinikk for seksuelt overførbare infeksjoner. Vi ønsket også å se hvilke variabler innen psykisk helse, seksuelt overførbare infeksjoner og seksualferd som var assosiert med chemsex for menn som har sex med menn og menn som har sex med kvinner.

MATERIALE OG METODE

Studien var anonym og spørreskjemabasert blant mannlige pasienter ved poliklinikken i perioden 1.7.2016–20.10.2016.

RESULTATER

Svarprosenten var 96 (1 050 fikk utdelt skjema, 1 013 ble inkludert). Av disse rapporterte 144 (14 %) bruk av chemsex i løpet av det siste året – 87 (17 %) menn som har sex med menn og 57 (12 %) menn som har sex med kvinner. Av de som hadde hatt chemsex, oppga flere menn som har sex med menn hivinfeksjon, at de hadde hatt syfilis, over ti sexpartnere og hadde deltatt på sexfest det siste året. Flere menn som har sex med kvinner oppga psykiske plager.

FORTOLKNING

Det bør utredes nærmere hvordan helsevesenet best kan møte chemsexbrukernes behov. Spesielt er det viktig med informasjon om skadereduksjonstiltak og støtte til de som ønsker å slutte eller redusere bruken av chemsex.

Fra London og andre storbyer i Europa rapporteres det om bruk av rusmidler under sex (ofte betegnet «chemsex»), særlig blant menn som har sex med menn (1–8). Fra Norge finnes det ingen studier om denne atferden. Vi utførte en spørreundersøkelse om chemsex blant et utvalg mannlige pasienter ved Olafiaklinikken for å undersøke forekomst, forskjeller innen psykisk helse, seksuell helse og seksualatferd som kan være assosiert med chemsex, og om det var forskjell på menn som har sex med menn og menn som har sex med kvinner.

En vanlig definisjon av chemsex er bruk av metamfetamin, mefedron og/eller gammahydroksybutyrat (GHB)/gammabutyrolakton (GBL) under sex blant menn som har sex med menn (1, 4, 5). Under konsultasjoner ved Olafiaklinikken har både menn som har sex med menn og menn som har sex med kvinner fortalt om bruk av ulike rusmidler som metamfetamin, kokain, ketamin og GHB under sex for å øke totalopplevelsen. Vi valgte derfor også å inkludere ketamin og kokain i vår definisjon av chemsex (3, 6) (tab 1) (9–11). Sexrelatert rusmiddelbruk har vært rapportert blant kvinner (12), men ingen kvinnelige pasienter har fortalt oss om bruk av rusmidler primært under sex. Vi valgte derfor i denne første norske studien å undersøke atferden kun blant menn.

Tabell 1

Rusmidler brukt ved chemsex (9–11)

	Metamfetamin	GHB og GBL	Mefedron	Kokain	Ketamin
Beskrivelse	Syntetisk sentralstimulerende	Finnes naturlig i kroppen og er et signalstoff i hjernen. Døpende stoff som produseres syntetisk. GBL omdannes til GHB i kroppen	Syntetisk produsert (fra khatplanten), sentralstimulerende middel som ligner amfetamin	Sentralstimulerende stoff fra kokablader med intens, men kortvarig rus	Anestesimiddel brukt i veterinærmedisinen og som generell anestesi ved norske feltsykehus
Gatenavn	Tina, Meth, Ice, Glass	Gina, G, Kork	Meow meow, M-cat, White Magic	Kola, Coke	K, special kei
Administrasjon	Røykes, sniffes, injiseres, settes rektalt	Svelges flytende	Sniffes, svelges i papir, piller, injiseres, settes rektalt	Sniffes, røykes, tygges (kokablader)	Sniffes, injiseres, tabletter peroralt
Effekter	Eufori, økt energi, nedsatt impuls kontroll, seksuell stimulering	Eufori, nedsatt impuls kontroll, seksuell stimulering, avslappende effekt	Eufori, økt energi, nedsatt impuls kontroll, seksuell stimulering	Velvære, økt selvfølelse, økt energi, kan gi økt sexlyst	Endrede sansinntrykk, eufori, smertelindring
Negative effekter	Søvnforstyrrelse, hjertebank, økt puls og blodtrykk, nervøsitet	Bevisstløshet («G-søvn»), sløvhets hukommelsestap, koma og død (lett å overdosere)	Kvalme, hallusinasjoner, paranoia, engstelse	Søvnløshet, angst, hyperaktivitet, høy puls, høyt blodtrykk, hjerterytmeforstyrrelser, irritabilitet, kan gi ereksjonsproblemer ved langvarig bruk	Hallusinasjoner, dissosiasjon, uro, kvalme, oppkast, bevissthetstap, svekket koordinasjon/motorikk, blæreskade

Materiale og metode

STUDIEPOPULASJONEN

Studiepopulasjonen var mannlige pasienter på Olafiaklinikken som hadde hatt sex siste året, var over 16 år og kunne lese engelsk eller norsk. For å sikre at spørreskjemaet var relevant og akseptabelt intervjuet vi flere pasienter på Olafiaklinikken som uoppfordret fortalte om bruk av chemsex.

DATAINNSAMLING

I perioden 1.7.2016–20.10.2016 delte vi ut 1 050 spørreskjemaer til frivillige mannlige pasienter som registrerte seg i ekspedisjonen på Olafiaklinikken. De ble bedt om å fylle ut skjemaet anonymt (det tok 5–10 minutter å besvare) og deretter legge det i en låst postkasse på venterommet, uavhengig av om de besvarte det eller ikke.

SPØRRESKJEMAET

Vi gjennomførte en pilot av spørreskjemaet blant 20 pasienter som ikke var inkludert i denne studien, hvilket medførte enkelte revideringer før endelig versjon forelå. Spørreskjemaet var på fire sider og inneholdt 48 spørsmål (se appendiks). Vi benyttet det validerte Hopkins Symptom Check List (HSCL-10) som screeningverktøy for psykiske plager. Det inneholder ti spørsmål om symptomer på depresjon og angst siste to uker (13).

ETIKK

Regional etisk komité (REK) vurderte at studien ikke var fremleggingspliktig og at informert samtykke derfor heller ikke var nødvendig. Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus vurderte studien som anonym og ikke fremleggingspliktig.

DATAANALYSE

I dataanalysen valgte vi å inkludere data fra menn som har sex med både kvinner og menn i kategorien menn som har sex med menn, slik det har blitt gjort i lignende studier (3, 4, 14). Formålet med analysene var å sammenligne to sett grupper: Menn som hadde hatt chemsex versus menn som ikke hadde hatt det, og menn som har sex med menn versus menn som har sex med kvinner. Vi utførte først deskriptive analyser og deretter logistisk regresjonsanalyse. Vi benyttet multivariat logistisk regresjonsanalyse, der 11 variabler inngikk (15). Bortsett fra alder (kontinuerlig variabel) er de andre variablene dikotomisert (ja/nei). Følgende variabler inngikk i den multivariable analysen: alder, psykiske plager, hiv, hepatitt C, gonoré, syfilis, klamydia, mer enn ti seksualpartnere, posteksponeringsprofylakse, deltagelse på organisert sexfest og sex kun med kvinner. Statistisk signifikans ble satt til $p < 0,05$ og vi rundet alle prosentene til nærmeste hele prosent. Analysene er utført i SPSS versjon 23 (IBM SPSS Statistics for Windows, version 24.0 IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Resultater

Totalt 1 031 skjemaer ble returnert, og vi ekskluderte 18 skjemaer på grunn av manglende utfylling, hvilket gir en svarprosent på 96. 144 (14 %) personer rapporterte chemsex det siste året, med en noe høyere andel blant menn som har sex med menn enn menn som har sex med kvinner (17 % vs. 12 %). Vi fant ingen større forskjeller i sosiodemografiske karakteristika for gruppen som hadde hatt chemsex sammenlignet med dem som ikke hadde hatt chemsex i vårt utvalg (tab 2). I begge gruppene hadde de fleste høyere utdanning, bodde i Oslo, var i jobb og var i gjennomsnitt 33 år. 40 % oppga at de hadde fast partner.

Tabell 2

Sosiodemografiske data for mannlige pasienter på Olafiaklinikken som besvarte spørreskjema om chemsex (juli–oktober 2016), totalt og i henhold til bruk av chemsex, n (%). Olafiaklinikken er en drop-in-klinikk for testing og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner underlagt Oslo universitetssykehus. Respondentene kunne hoppe over spørsmål, derfor er totalen ikke alltid 100 %

	Hatt chemsex (n = 144)	Ikke hatt chemsex (n = 857)	Totalt (N = 1 001)
Alder (gjennomsnitt, standardavvik)	33,0 (8,0)	33,2 (9,4)	33,2 (9,2)
< 25 år	15 (10)	115 (13)	136 (13)
25–45 år	111 (77)	626 (73)	746 (74)
< 45 år	18 (13)	116 (14)	131 (13)
Botid i Norge			
< 5 år	9 (6)	50 (6)	59 (6)
5–10 år	14 (10)	51 (6)	65 (6)
> 10 år	121 (84)	761 (89)	882 (87)
Bosted			
Oslo	138 (96)	784 (91)	933 (92)
Annet sted i Norge	3 (2)	52 (6)	56 (6)
Annet land	2 (1)	17 (2)	19 (2)
Flyktningstatus: Asylsøker/flyktning	5 (3)	14 (2)	19 (2)
Utdanningsnivå: Høgskole/universitet	100 (70)	647 (75)	755 (75)
Arbeidsstatus: I arbeid eller studier	131 (91)	794 (93)	935 (92)
Sivilstatus: Fast partner	56 (39)	334 (39)	398 (40)
Selvrapportert seksuell orientering			
Homofil	74 (51)	361 (42)	437 (43)
Bifil	12 (8)	58 (7)	71 (7)
Heterofil	58 (41)	430 (50)	495 (49)
Annet	0	4 (0,5)	4 (0,5)
Har sex med			
Menn	74 (51)	353 (41)	429 (42)
Menn og kvinner	13 (9)	76 (9)	89 (9)
Kvinner	57 (40)	422 (49)	488 (48)

Sammenlignet med ikke-chemsexbrukere rapporterte chemsexbrukere høyere andel av psykiske plager, hiv og hepatitt C, bakterielle seksuelt overførbare infeksjoner, deltagelse i gruppesex og organisert sexfest samt 11 eller flere sexpartnere siste 12 måneder (tab 3). Det var en statistisk signifikant assosiasjon mellom chemsex og hivinfeksjon, rapportert syfilis det siste året, over ti sexpartnere og deltagelse i sexfest siste året, samt psykiske plager de siste to ukene (tab 4). Blant dem som hadde hatt chemsex, var det kun menn som har sex med menn som oppga hivinfeksjon og syfilis siste året. Denne gruppen rapporterte også om flere sexpartnere og at de oftere deltok i gruppesex og organisert sexfest enn menn som har sex med kvinner. Blant de som hadde hatt chemsex, rapporterte menn som har sex med kvinner oftere om psykiske plager, brukte sjeldnere kondom og sjekket seg sjeldnere for hiv sammenlignet med menn som har sex med menn (tab 3).

Tabell 3

Selvrapporterte psykiske plager, seksuelt overførbare infeksjoner og seksualvaner for de siste 12 månedene, totalt og i henhold til bruk av chemsex og seksualpartnere, n (%). MSM = menn som har sex med menn, og menn som har sex menn og kvinner, MSK = menn som har sex med kun kvinner

Variabler	Chemsex (n = 144)		Ikke chemsex (n = 857)	Totalt (N = 1 001)
	MSM (n = 87)	MSK (n = 57)		
Psykiske plager: Ja	18 (21)	21 (37)	156 (18)	195 (19)
Kondombruk med tilfeldig partner				
Nesten alltid/alltid	39 (45)	8 (14)	399 (47)	450 (44)
Noen ganger	24 (28)	11 (19)	134 (16)	171 (17)
Nesten aldri/aldri	21 (24)	32 (56)	247 (29)	308 (30)
Antall sexpartnere				
1-10	35 (40)	40 (70)	683 (80)	767 (76)
≥ 11	51 (59)	17 (28)	166 (19)	236 (23)
Hiv:				
Har hiv	18 (21)	0	26 (3)	44 (4)
Har ikke hiv	66 (76)	40 (70)	647 (76)	761 (75)
Har ikke testet/vet ikke	1 (1)	16 (28)	156 (18)	188 (19)
Hepatitt C				
Ja	8 (9)	2 (4)	14 (2)	24 (2)
Nei	75 (86)	52 (91)	797 (93)	934 (92)
Ikke testet/vet ikke	1 (1)	0	29 (3)	31 (3)
Gonoré: Ja	22 (25)	0	75 (9)	98 (10)
Syfilis: Ja	13 (15)	0	16 (2)	29 (3)
Klamydia: Ja	23 (26)	18 (32)	107 (13)	151 (15)
Deltatt i gruppesex				
Ja	72 (83)	16 (28)	219 (26)	308 (30)
Nei	13 (15)	40 (70)	627 (73)	690 (68)
Husker ikke	1 (1)	1 (2)	3 (0,5)	5 (0,5)
Deltatt på organisert sexfest				
Ja	40 (46)	2 (4)	49 (6)	93 (9)
Nei	46 (53)	55 (97)	802 (94)	912 (90)
Husker ikke	0	0	2 (0,5)	2 (0,5)

Tabell 4

Sammenligning av chemsexbrukere og ikke-chemsexbrukere, ujusterte og justerte¹ oddsratio (OR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI). Alle data om seksualferd og seksuelt overførbare infeksjoner er rapportert for de siste 12 månedene

Variabler	Ujusterte analyser			Justerte analyser ¹		
	OR	95 % KI	P-verdi	OR	95 % KI	P-verdi
Psykiske plager	1,9	1,2-2,8	0,005	1,9	1,2-3,0	0,012
Har hiv	4,6	2,4-8,6	< 0,001	3,1	1,3-7,6	0,014
Har/har hatt hepatitt C	4,5	1,9-10,3	< 0,001	1,3	0,4-4,4	0,664
Hatt gonoré	1,9	1,1-3,1	0,016	0,6	0,3-1,3	0,236
Hatt syfilis	5,2	2,5-11,1	< 0,001	4,9	1,7-14,0	0,003
Hatt klamydia	2,8	1,8-4,2	< 0,001	1,6	0,9-2,8	0,083
Hatt > 10 sexpartnere	3,7	2,6-5,4	< 0,001	2,6	1,6-4,3	< 0,001
Brukt posteksponeringsprofylakse	2,2	1,1-4,4	0,022	1,9	0,8-4,5	0,139

Variabler	Ujusterte analyser			Justerte analyser ¹		
	OR	95% KI	P-verdi	OR	95% KI	P-verdi
Deltatt på organisert sexfest	6,8	4,3–10,8	0,001	5,3	2,9–9,6	< 0,001
Har sex kun med kvinner	0,7	0,5–1,0	0,027	1,5	0,9–2,4	0,163
Alder	1,0	1,0–1,0	0,818	1,0	1,0–1,0	0,279

¹Justert for alle variablene i tabellen (dikotomisert som ja/nei, bortsett fra alder som vi la inn som en kontinuerlig variabel)

I tabell 5 vises karakteristika ved chemsex samlet samt separat for menn som har sex med menn og menn som har sex med kvinner. 75 % av de 144 personene som hadde hatt chemsex, hadde hatt det mer enn én gang. Flere menn som har sex med menn oppga bruk av GHB/GBL (43 %) og metamfetamin (23 %), mens menn som har sex med kvinner oppga hovedsakelig bruk av kokain (79 %). Nesten halvparten av mennene i utvalget oppga aldri eller nesten aldri bruk av kondom under chemsex. 13 % ønsket å slutte med chemsex.

Tabell 5

Detaljer angående bruk av chemsex, totalt og i henhold til seksualpartnere, n (%).

Respondentene kunne hoppe over spørsmål, derfor er totalen ikke alltid 100 %. MSM = menn som har sex med menn, og menn som har sex med kvinner, MSK = menn som har sex med kun kvinner.

	MSM n = 87 (%)	MSK n = 57 (%)	Total N = 144 (%)
Antall ganger hatt chemsex			
1 gang	19 (22)	17 (30)	36 (25)
≥ 2 ganger	68 (78)	40 (70)	108 (75)
Hvilke stoffer brukt ved chemsex¹			
Kokain	45 (52)	45 (79)	90 (63)
GHB/GBL	37 (43)	4 (7)	41 (29)
Metamfetamin	20 (23)	4 (7)	24 (17)
Ketamin	9 (10)	7 (12)	16 (11)
Mefedron	8 (9)	1 (2)	9 (6)
Hvorfor hatt chemsex¹			
Økt nytelse	57 (66)	25 (44)	82 (57)
Økt spenning	46 (53)	21 (37)	67 (47)
Økt prestering	22 (25)	12 (21)	34 (24)
Lav selvfølelse	5 (6)	3 (5)	8 (6)
Press fra partner	4 (5)	1 (2)	5 (3)
Annet	9 (10)	19 (33)	28 (19)
Hvor fant chemsexpartnere¹			
Via internett/app	49 (56)	3 (5)	52 (36)
Sauna	6 (7)	0	6 (4)
Sexklubb	5 (6)	2 (4)	7 (5)
Cruisingsted	2 (2)	2 (4)	4 (3)
Annet	26 (30)	32 (56)	68 (47)
Hvor foregikk chemsex¹			
Privat hjem	68 (78)	37 (65)	105 (73)
Sexfest i privat hjem	28 (32)	1 (2)	29 (20)
Hotell	21 (24)	9 (16)	30 (21)
Sauna	9 (10)	0	9 (6)
Sexklubb	8 (9)	0	8 (6)
Cruisingsted	2 (2)	1 (2)	3 (2)

	MSM n = 87 (%)	MSK n = 57 (%)	Total N = 144 (%)
Annet	1 (1)	6 (11)	7 (5)
Hatt fysiske problemer pga. chemsex			
Nesten aldri/aldri	67 (77)	36 (63)	103 (72)
Noen ganger	9 (10)	4 (7)	13 (9)
Nesten alltid/alltid	4 (5)	1 (2)	5 (3)
Hatt psykisk stress pga. chemsex			
Nesten aldri/aldri	66 (76)	34 (60)	100 (7)
Noen ganger	11 (13)	4 (7)	15 (10)
Nesten alltid/alltid	3 (3)	2 (4)	5 (3)
Brukt kondom under chemsex			
Nesten aldri/aldri	37 (43)	30 (53)	67 (47)
Noen ganger	11 (13)	5 (9)	16 (11)
Nesten alltid/alltid	31 (36)	7 (12)	38 (26)
Hatt seksuell aktivitet under chemsex som har angret på			
Ja	19 (22)	8 (14)	27 (19)
Nei	45 (52)	25 (44)	70 (49)
Usikker	14 (16)	8 (14)	22 (15)
Ønsket å slutte med chemsex			
Ja	13 (15)	5 (9)	18 (13)
Nei	37 (43)	16 (28)	53 (37)
Usikker	28 (32)	21 (37)	49 (34)

¹Flere svar var mulig

Diskusjon

I vårt utvalg rapporterte 14 % om chemsex siste året, og det var liten forskjell mellom andelen blant menn som har sex med menn (17 %) og menn som har sex med kvinner (12 %). Vi fant en signifikant assosiasjon mellom chemsex og psykiske plager, hivinfeksjon og syfilis, over ti sexpartnere og deltagelse i sexfest.

STUDIENS STYRKER OG SVAKHETER

Styrken ved studien er den høye svarprosenten (96 %). Årsaken kan være anonym undersøkelse og lang ventetid i poliklinikken (ofte over én time). Personalet i ekspedisjonen som delte ut skjemaene, informerte pasientene om studien og at det var frivillig å delta.

En svakhet ved studien er at man inkluderte pasientene kun fra én venerologisk poliklinikk i Oslo. Resultatene er derfor ikke direkte overførbare til den generelle mannlige befolkningen. Spørsmålsutformingen vår kunne vært mer spesifikk om hvor ofte pasientene har tatt rusmidler i forbindelse med sex (chemsex). Vi kunne ha spurt om de benyttet rusmiddel primært for å øke utbyttet av den seksuelle aktiviteten, og presisert at det ikke gjaldt det å ha sex tilfeldigvis etter at man hadde inntatt et rusmiddel. En annen svakhet er selvrapporingen av infeksjoner. Vi spurte ikke om når de sist testet seg for andre seksuelt overførbare infeksjoner enn hiv, og vi vet heller ikke hvor mange som fikk en diagnose ved det aktuelle besøket. Den reelle forekomsten av seksuelt overførbare bakterielle infeksjoner det siste året kan derfor være høyere i utvalget enn det som fremkommer av de selvrapporterte data.

Vi fant en signifikant assosiasjon mellom chemsex og hivinfeksjon og syfilis for menn som har sex med menn, mens ingen menn som har sex med kvinner oppga dette. I tidligere studier har man også funnet en assosiasjon mellom bruk av chemsex og seksuelt overførbare infeksjoner, men det er usikkert om chemsex fører til mer seksuelt overførbare infeksjoner eller om de med økt forekomst av infeksjoner har mer chemsex (2–4, 12, 16, 17). Det er betydelig høyere forekomst av hiv og syfilis hos menn som har sex med menn enn

blant menn som har sex med kvinner i Norge (18). Risikoen for å møte sexpartnere med syfilis eller udiagnostisert, ubehandlet og dermed smitteførende hiv er derfor sannsynligvis større for menn som har sex med menn. De som hadde hatt chemsex i denne gruppen oppga oftere mer enn ti partnere og deltagelse i organisert sexfest de siste 12 månedene enn menn som har sex med kvinner. Økt sexappetitt og redusert impuls kontroll på grunn av visse rusmidler kan senke terskelen for å takke ja til sexfester. Det kan også tenkes at sexfester innebærer deltagelse i en seksualisert «rusmiddelkultur» hvor man oftere tilbys rusmidler. Bruk av chemsexrelaterte rusmidler kan også bidra til at det er lettere å ha sex med flere partnere i løpet av få dager (5, 6, 9). Dette kan føre til rektale og penile erosjoner, hvilket igjen øker risikoen for seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv, når man har sex uten kondom (3, 6, 9).

Menn som har sex med kvinner brukte hovedsakelig kokain og sjeldnere metamfetamin, mefedron og GHB enn menn som har sex med menn. Kokain gir ikke tilsvarende økt energi til langvarig seksuell aktivitet som metamfetamin og reduserer ikke impuls kontroll i samme grad som GHB/GBL og mefedron. I tillegg er risiko for traumer mindre ved vaginal sex. I Norge er det også en generell lavere forekomst av hiv, syfilis og gonoreé blant menn som har sex med kvinner enn blant menn som har sex med menn (18, 19). Disse faktorene kan være med på å forklare hvorfor menn som har sex med kvinner og hadde hatt chemsex ikke rapporterte om hiv, syfilis eller gonoreé.

Blant dem som hadde hatt chemsex, hadde menn som har sex med kvinner høyere forekomst av psykiske plager de siste to ukene enn menn som har sex med menn. Vi vet ikke om disse mennene hadde høyere andel av psykiske plager før de startet med chemsex eller om chemsex førte til psykiske plager. Chemsexbrukere har økt risiko for overdose, psykose, hukommelsestap, depresjon og avhengighet (6, 9). Vi fant at menn som har sex med menn i større grad brukte GHB/GBL, som lettere kan føre til overdose enn andre rusmidler, og potensielt til koma og død (6, 9). Kun én person i vårt utvalg hadde vært innlagt på medisinsk avdeling (ingen på psykiatrisk avdeling) grunnet chemsex, men ut ifra et skadereduksjonsperspektiv bør chemsexbrukere informeres om faren for overdose, spesielt ved bruk av GHB/GBL.

13 % av chemsexbrukerne ønsket å slutte. Per dags dato kan pasienter i Norge henvises til terapeuter innen psykiatri og rus eller informeres om tilbud hos organisasjoner som for eksempel Helseutvalget eller HivNorge. Helsemyndighetene bør utarbeide retningslinjer for hvordan man best kan hjelpe pasienter som opplever bruk av chemsex som et problem, spesielt med tanke på skadereduksjon (20). Rusmiddelbruk er stigmatisert, og rusmidlene som inngikk i vår definisjon av chemsex, er ulovlige. For at pasientene skal tørre å informere om bruk, bør helsearbeidere på Olafiaklinikken og andre lignende behandlingssentre ha en fordomsfri holdning til fenomenet chemsex. Dette kan blant annet gjøres ved å ha oppslag om chemsex på veggen samt ved å spørre pasienter om bruk på en nøytral måte (21).

Konklusjon

Chemsexbrukere blant menn som har sex med menn bør informeres om mulig økt risiko for seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv, og tilbys regelmessig testing for disse infeksjonene. Helsevesenet bør unngå moralisering og fokusere på informasjon om skadereduksjonstiltak.

HOVEDBUDSKAP

Blant et utvalg av mannlige pasienter på Olafiaklinikken hadde 14 % brukt rusmidler under sex (chemsex) i løpet av det siste året – 17 % var menn som har sex med menn og 12 % menn som har sex med kvinner

Blant dem som hadde hatt chemsex, var det flere menn som har sex med menn som

rapporterte om hiv- og syfilisinfeksjon, mer enn ti sexpartnere og deltagelse på sexfest enn menn som har sex med kvinner

Chemsexbrukere blant menn som har sex med kvinner rapporterte om psykiske plager

LITTERATUR:

1. Ahmed AK, Weatherburn P, Reid D et al. Social norms related to combining drugs and sex (“chemsex”) among gay men in South London. *Int J Drug Policy* 2016; 38: 29 - 35. [PubMed][CrossRef]
2. Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN et al. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV* 2014; 1: e22 - 31. [PubMed][CrossRef]
3. Hegazi A, Lee MJ, Whittaker W et al. Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J STD AIDS* 2017; 28: 362 - 6. [PubMed][CrossRef]
4. Attitudes to and Understanding of Risk of Acquisition of HIV (AURAH) Study Group. Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J Drug Policy* 2017; 43: 33 - 43. [PubMed][CrossRef]
5. Stuart D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nursing* 2013; 13: 6 - 10.
6. Bourne A, Reid D, Hickson F et al. The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Soutwark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Topical Medicine, 2014.
<https://www.lambeth.gov.uk/sites/default/files/ssh-chemsex-study-final-main-report.pdf> (15.5.2018).
7. Bourne A, Reid D, Hickson F et al. “Chemsex” and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy* 2015; 26: 1171 - 6. [PubMed][CrossRef]
8. EMIS Network. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy* 2016; 38: 4 - 12. [PubMed][CrossRef]
9. Macfarlane A. Sex, drugs and self-control: why chemsex is fast becoming a public health concern. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2016; 42: 291 - 4. [PubMed][CrossRef]
10. Folkehelseinstituttet. Fakta om kokain.
<https://www.fhi.no/historisk-arkiv/faktaark/fakta-om-kokain/>(15.5.2018).
11. Øye I. Ketamin – medienes nye motedop? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1464 - 6. [PubMed]
12. Heiligenberg M, Wermeling PR, van Rooijen MS et al. Recreational drug use during sex and sexually transmitted infections among clients of a city sexually transmitted infections clinic in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis* 2012; 39: 518 - 27. [PubMed][CrossRef]
13. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K et al. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry* 2003; 57: 113 - 8. [PubMed][CrossRef]
14. The European men-who-have-sex-with-men Internet survey. Findings from 38 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2013.
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/EMIS-2010-europea-n-men-who-have-sex-with-men-survey.pdf> (15.5.2018).
15. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall/CRC, 1991.
16. Ottaway Z, Finnerty F, Amlani A et al. Men who have sex with men diagnosed with a sexually transmitted infection are significantly more likely to engage in sexualised drug use. *Int J STD AIDS* 2017; 28: 91 - 3. [PubMed][CrossRef]
17. Glynn RW, Byrne N, O’Dea S et al. Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *Int J Drug Policy* 2018; 52: 9 - 15. [PubMed][CrossRef]
18. Folkehelseinstituttet. Smittevernveilederen. Menn som har sex med menn og smittevern – veileder

for helsepersonell.

[https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/14.-menn-som-har-sex-med-menn-og-sm/\(11.1.2016\)](https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/14.-menn-som-har-sex-med-menn-og-sm/(11.1.2016)).

19. Folkehelseinstituttet. Smitteveilederen. Gonore – veileder for helsepersonell.

[https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/gonore-veileder-for-helsepersonel/\(6.1.2016\)](https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/gonore-veileder-for-helsepersonel/(6.1.2016)).

20. Petersson FJ, Tikkanen R, Schmidt AJ. Party and play in the closet? Exploring club drug use among Swedish men who have sex with men. *Subst Use Misuse* 2016; 51: 1093 - 103. [PubMed][CrossRef]

21. Frankis J, Clutterbuck D. What does the latest research evidence mean for practitioners who work with gay and bisexual men engaging in chemsex? *Sex Transm Infect* 2017; 93: 153 - 4. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 3. september 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0108

Mottatt 29.1.2018, første revisjon innsendt 25.4.2018, godkjent 15.5.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no